-República Argelina Democrática y Popular-

Wilaya: ……

Establecimiento Público de Salud de Proximidad: …….

-Certificado Médico General / Especial-

Yo, el/la abajo firmante, Dr. ……..……., certifico haber examinado al(la) nombrado(a):
Nombre y apellido: ……..
Fecha y lugar de nacimiento: …… en ……
Calidad del interesado(a): Candidato(a) a ……..

El examen médico no reveló signos de las siguientes enfermedades:
- Enfermedades infecciosas
- Tumores cancerígenos
- Parálisis física
- Enfermedades infantiles graves (si es menor de edad)
- Enfermedades pulmonares
- Tuberculosis pulmonar

En consecuencia, el/la interesado(a) es considerado(a) apto(a) médicamente.

Hecho en …… el : ……..

Firma del médico y sello del establecimiento,

X